FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE 379 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Bernard, Lucien MALHERBE
né le 9 Avril 1930 à RETHEL (Ardennes)
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

L'ADENOMECTOMIE PROSTATIQUE PAR VOIE TRANSVESICALE AVEC HEMOSTASE INDIRECTE PAR SONDE-BALLON : LA TECHNIQUE DE DELINOTTE, SA REALISATION, SES RESULTATS. A PROPOS DE 1 548 CAS.

Président : Mr. A. SICARD, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Bernard, Lucien MALHERBE
né le 9 Avril 1930 à RETHEL (Ardennes)
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

L'ADENOMECTOMIE PROSTATIQUE PAR VOIE TRANSVESICALE AVEC HEMOSTASE INDIRECTE PAR SONDE-BALLON : LA TECHNIQUE DE DELINOTTE, SA REALISATION, SES RESULTATS. A PROPOS DE 1 548 CAS.

Président : Mr. A. SICARD, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (C.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Cinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	SARIÉTY (M.)
Laribolsière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribolsière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémélologie médicale	DOMART (A.)
Sémélologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) GOUINAUD (C.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BADLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) CONCRET (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	TRICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES SOEURS

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538117_0008

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur André SICARD

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien de la Salpetriere

Qui, après m'avoir fait l'honneur de m'accueillir dans son service, a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de ma respectueuse gratitude

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Pierre DELINOTTE

Chirurgien de l'Hopital Lariboisière

Qui,avec la plus grande bienveillance,a guidé mes premiers pas en Urologie,et m'a inpiré le sujet de cette thèse.Le semestre passé auprès de lui,dans une bonne humeur constante,a été un des plus agréables de mon Internat,un des plus fertiles,aussi,en enseignements.

En témoignage de ma respectueuse reconnaissance

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Maurice DEPARIS

Professeur à la Faculté

Médecin de l'Hopital Bicêtre

Qui fut,pour moi,le meilleur des maitres, et dont l'immense bonté ne s'est jamais démentie.Mon séjour auprès de lui,trop bref,a été un enchantement.

En témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon attachement filial.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

Monsieur le Docteur FOUQUET

Monsieur le Professeur Agrégé BROCARD

Monsieur le Professeur Agrégé AMELINE

Monsieur le Docteur Maurice LALLEMANT

Internat

Monsieur le Professeur J. HUGUIER

Monsieur le Professeur G. LAURENCE

Monsieur le Docteur J. HEPP

Monsieur le Docteur J. MEILLERE

Monsieur le Docteur R. BERNARD

A Messieurs les Docteurs

Jacques MICHON ,Chirurgien des Hopitaux

F.G. HOURTOULLE,Chirurgien-Assistant de l'Institut G. Roussy à Villejuif

Qu'ils trouvent ici l'expression de la profonde gratitude de celui dont ils ont guidé les premiers pas.

A Monsieur le Docteur

André TOUPET, Chirurgien des Hopitaux

en témoignage de ma gratitude pour tout ce qu'il m'a appris.

A Messieurs les Docteurs

HENROT O.R.L. des Hopitaux

SARRAZIN, Médecin des Hopitaux

J. NATALI, Professeur Agrégé, Chirurgien des Hopitaux

MERCADIER, Professeur Agrégé, Chirurgien des Hopitaux

R. AUROUSSEAU, Chirurgien des Hopitaux

G. CERBONNET, Professeur Agrégé

A Messieurs les Docteurs

M. BOURREAU, Y. GERARD, R. PERNOD, J. DESARMENIEN

Chirurgiens-Assistants des Hopitaux

A Messieurs les Docteurs

ANGLADE et GURLY, P. MASSE

INTRODUCTION

Le traitement de l'adénome prostatique,et de ses complications,est une longue histoire,dont le début remonte à la plus haute antiquité : deux grandes périodes peuvent être schématisées:

I)- Jusqu'à la fin du I9è siècle,le traitement de l'adénome est limité à celui de ses complications:la stase vésicale avec sa conséquence,le calcul.

Hippocrate,déjà,cite l'opération de la taille,pour " la laisser à ceux qui s'en occupent ".

Cinquante ans après Jésus-Christ,le Romain Celse décrit une technique de lithotomie par voie périnéale,utilisée pendant des siècles.

En I56I,Franco fit la première taille vésicale hypogastrique,et,en I824,Civiale fit la première lithotritie.

2)- Mais ce n'est qu'au début du XXè siècle que fut réalisée la cure radicale de l'adénome lui-même:

En I90I,FREYER publie sa première adénomectomie par voie trans-vésicale,sans hémostase,avec drainage par voie hypogastrique (technique émanant de celle du New-Yorkais FULLER qui,lui,assurait le drainage par voie périnéale.

La même année,Proust,Gosset,P. Delbet et Albarran préconisent l'adénomectomie par voie périnéale.

En I909,VON STOCKUM,de Rotterdam,préconise la voie rétro-pubienne extra-vésicale.

Enfin,les perfectionnements des instruments,l'utilisation de courants à haute fréquence,ont permis l'amélioration de la technique de résection par voie endo-uréthrale,connue depuis le début du I9è siècle.

La résection endoscopique,aujourd'hui bien codifiée,n'est pas applicable à tous les adénomes:ses indications sont limitées à un certain nombre de cas,dans des conditions bien précises.

En sorte que,en pratique,trois voies peuvent se discuter pour la réalisation de l'adénomectomie: la voie périnéale,la voie sus-pubienne trans-vésicale,la voie rétro-pubienne extra-vésicale.

LA VOIE PERINEALE

A pour elle: sa bénignité,l'absence de choc
son caractère peu hémorragique
une mortalité peu élevée.

Mais elle expose à un certain nombre d'inconvénients ultérieurs:

- incontinence d'urines
- possibilité de fistules recto-uréthrales
- impuissance totale et définitive

- enfin,on peut reprocher à cette voie de ne pas permettre un examen correct dela vessie,de pouvoir laisser méconnaitre certaines complications.

Aussi,malgré de multiples modifications (voies périnéale et hypogastrique combinées,voie ischio-bulbaire,voie coccy-périnéale voie sacrée) ,les voies basses ne sont que très peu utilisées,au moins en France.

QUELS FACTEURS DETERMINENT LE CHOIX D'UNE TECHNIQUE ?

I) L'age du malade,son état général,son état cardio-vasculaire:plus il s'agit d'un sujet agé,fatigué,en état général précaire,plus il est souhaitable de recourir à une intervention rapide,peu choquante (à ce point de vue,l'opération de Freyer rallierait la plupart des suffrages).

2) Les risques post-opératoires: Quatre grands dangers menacent:

- L'infection
- Les déséquilibres hydro-électrolytiques,l'insuffisance rénale.
- Les phlébo-thromboses
- Les hémorragies précoces

Contre l'infection: On dispose de divers moyens:

- asepsie rigoureuse
- drainage des zones de décollement
- drainage au plafond d'une vessie infectée
- usage des antibiotiques

Contre l'insuffisance rénale et les désordres hydro-électrolytiques:

Une réhydratation,une rééquilibration bien conduite,une bonne préparation des malades avant l'opération,éventuellement une réanimation post-opératoire,donnent généralement de bons résultats et permettent de ne plus redouter comme naguère ce type de complication.

Les phlébo-thromboses:
particulièrement fréquentes sont toujours à craindre,mais on est armé,aujourd'hui,pour les traiter,ou - mieux - les prévenir.

Des quatre grandes complications,les trois premières relèvent donc essentiellement d'un traitement médical,et leur fréquence ne semble que modérément influencée par la technique chirurgicale employée.

L'Hémorragie:
par contre,reste la complication redoutable,par la menace qu'elle fait peser sur le pronostic vital immédiatement,dans les heures,dans les jours qui suivent et toutes les modifications, tous les perfectionnements apportés aux différentes techniques de prostatectomie,ont eu pour objectif essentiel l'obtention d'une hémostase parfaite,la suppression de tout risque hémorragique.

L'ADENOMECTOMIE IDEALE serait donc celle qui allierait:

- La rapidité,la facilité
- A un procédé d'hémostase sur,permettant,en cas de besoin,l'admi-

nistration précoce d'anticoagulants et la prévention d'une embolie redoutable,sans faire courir le risque d'une hémorragie cataclysmique.

L'Opération de FULLER FREYER par voie trans-vésicale:

Très rapide,facile,peu choquante,a contre elle:

- son caractère aveugle,inélégant
- et surtout le fait qu'elle expose à des hémorragies cataclysmiques à l'infection.

En I945,MILLIN reprit l'opération proposée en I909 par VON STOCKUM:

Cette opération (voie rétro-pubienne extra-vésicale) a pour elle:

- son élégance,sa clarté,
- une hémostase certaine,rigoureuse,à la vue
- un grand confort pour le malade dans les suites.

Mais elle est - difficile,longue (donc non sans danger chez le vieillard)

- à peu près irréalisable chez les sujets gras ou à pubis très convexes.

Elle n'est donc pas applicable à tous les cas.

Et,après un engouement considérable,cette technique - pourtant séduisante dans son principe -a vu sa faveur diminuer de façon notable.

Entretemps,certains chirurgiens,séduits par les possibilités de l'opération de MILLIN,mais réticents vis à vis de la voie rétro-pubienne,avaient essayé de reprendre l'hémostase de la loge par voie trans-vésicale:

- Voie d'abord plus large
- Enucléation non plus au doigt,mais au bistouri électrique
- Mise au point de différents procédés:

.Harris réalise une plastie du bord postérieur du col
.Hrynstchak ferme et capitonne complètement la loge prostatique
.Cahill assure l'hémostase par des points en X
.Couvelaire assure l'hémostase par suture directe de la muqueuse cervicale postérieure à la face postérieure de la coque prostatique.
.Puigvert par suture directe de la tranche de section uréthrale aux lèvres de la plaie muqueuse du col.

Toutes ces opérations paraissent assez peu logiques quant au déroulement des temps opératoires:ablation de l'adénome,puis tentative d'une hémostase pénible au milieu d'un saignement souvent important,chez des malades agés,porteurs,parfois,de tares pulmonaires,cardiaques ou artérielles.Mais la multiplicité des vaisseaux leur siège variable,leur accessibilité difficile,ne permettent pas d'envisager une exérèse réglée,avec hémostase immédiate de tous les pédicules,comme celà est habituel en chirurgie viscérale.

On peut reprocher à ces techniques d'etre longues,souvent très hémorragiques,de nécessiter une voie d'abord large, la présence de plusieurs aides ,l'emploi d'un aspirateur.

Aussi,certains auteurs,jugeant disproportionnées les difficultés d'une hémostase directe et les risques d'une hémorragie immédiate,ont choisi un artifice permettant d'assurer une hémostase indirecte:

- par mèche
- ou par ballonnet .

Le méchage est un procédé sur mais peu satisfaisant pour l'esprit;solution inélégante,inconfortable pour le malade, elle interdit la fermeture vésicale primitive,retarde la cicatrisation (de 6 à 7 jours selon Grillet - Thèse Paris).
Par ailleurs,des hémorragies sont possibles lors de l'ablation de la mèche.

Le ballonnet gonflable,surtout s'il est monté sur une sonde uréthrale,représente,assurément une solution plus élégante Mais peut-on affirmer qu'il s'agit d'une méthode sure ?

L'étude de dossiers de malades ayant subi une adénomectomie selon la technique mise au point par le Docteur Delinotte nous permettra de juger de l'importance des risques que courent les opérés,de l'efficacité réelle de la sonde-ballon.

Cette étude a porté sur: I 548 dossiers :

243 dossiers de malades opérés dans le service du Dr Delinotte à l'hopital St-Louis,puis à l'hopital Lariboisière.

200 dossiers de malades opérés dans le service du Dr L. Michon, déjà rapportés dans sa thèse par Chapuis.

Par ailleurs,les Docteurs Delinotte,Gurly,le Docteur Vincent (Orléans) et le Docteur Chapuis (Romilly) ont bien voulu nous communiquer les dossiers de leurs malades personnels. Nous les en remercions vivement.

N.B. Nous adressons tous nos remerciements à Mademoiselle la secrétaire de M. Delinotte,et aux panseuses du service - à Madame Arnaud en particulier - pour l'aide qu'elles nous ont apportée.

LES INDICATIONS OPERATOIRES

Ne présentent aucune particularité.L'indication est basée:

- sur l'intensité des signes fonctionnels,notamment la pollakiurie
- sur la répétition de crises de rétention aigue
- sur l'existence d'un résidu supérieur à 80 - I00 cm3
- sur l'existence d'une lithiase vésicale
- sur l'existence d'un retentissement rénal
- sur la crainte d'une dégénérescence maligne.

Il n'existe,en principe,que deux contre-indications formelles:

- le sujet grabataire
- l'existence d'une incontinence anale.

Tous les autres cas,a priori,peuvent bénéficier de l'intervention,après un bilan -notamment cardio-vasculaire- et,éventuellement,rééquilibration biologique.

BILAN PRE - OPERATOIRE

Examen somatique,notamment neurologique

Bilan cardio-respiratoire:clinique,radiologique et électrique.

Traitement préparatoire en cas de troubles du rythme,d'insuffisance cardiaque,.... et,dans tous les cas,la décision opératoire n'est prise qu'avec l'accord des cardiologues.

Deux examens sont indispensables:le dosage de l'urée sanguine et l'urographie intra-veineuse.Aucun malade n'est jamais opéré sans que ces deux examens aient été pratiqués.

Lorsque le taux d'urée,élevé,ne permet pas l'exploration radiologique,c'est l'indication à la sonde à demeure - avec toutes les précautions que celà implique,particulièrement chez les rétentionnistes à urines claires -. Et la ligature des déférents, sans être systématique,parait souhaitable,afin de minimiser les risques d'orchi-épididymite.

Un fait mérite d'être noté durant cette période:le sujet agé,à la sonde à demeure,a tendance à rester immobile dans son lit et les risques d'accidents thrombo-emboliques s'en trouvent majorés.

L'indication à opérer en deux temps ne vient que:
- d'un état général très précaire
- d'une hyper azotémie ne cédant pas à la sonde à demeure
- d'un retentissement très important sur les voies urinaires hautes à l'urographie.

Uréthro ou cystoscopie ne sont pratiquées qu'en cas de diagnostic incertain,lorsque l'adénome perçu cliniquement ne semble pas pouvoir expliquer à lui seul tous les troubles,lorsqu'une complication est suspectée (calcul,diverticule de vessie),ou que l'on craint une tumeur vésicale associée.

Si elle est décidée,l'endoscopie est pratiquée le plus près possible de l'intervention,la veille ou le jour même.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Nous décrirons en premier lieu la technique habituelle applicable à la grande majorité des cas:adénomectomie transvésicale en un temps avec hémostase par sonde uréthrale à ballonnet et fermeture immédiate de la vessie,telle qu'elle est pratiquée dans le service d'urologie de l'Hopital Lariboisière.

ANESTHESIE

L'opération est pratiquée sous anesthésie générale: Penthio barbital + d. Tubocurarine,anesthésie en circuit fermé au protoxyde d'azote + oxygène.

Selon les cas,à la demande,diparcol,dolosal.

Dans les cas habituels,aucune réanimation veineuse per-opératoire n'est de mise,mais il est de règle de prévoir deux flacons de sang pour chaque opéré,de manière à pallier rapidement les conséquences d'une hémorragie importante éventuelle lors de l'énucléation.

L'OPERATION

Dans sa première partie,elle ne diffère de la technique de Freyer que par quelques points de détail.

Certains faits,pourtant,nous paraissent devoir être signalés:

Si le sujet n'était pas porteur d'une sonde,attendre pour en placer une l'anesthésie complète;puis,après lavage,de vessie,gonfler celle-ci - à l'air plutôt qu'à l'eau,de manière à éviter l'irruption de liquide plus ou moins septique dans le Retzius lors de l'ouverture vésicale.La vessie gonflée,la sonde est retirée. (Si l'anesthésie n'est pas parfaite,le malade pousse et la vessie se dégonfle).

L'asepsie doit être rigoureuse:l'avènement des antibiotiques ne saurait justifier une asepsie approximative,et,en matière d'adénome,notamment,l'infection reste une complication grave,parfois redoutable.

Désinfection large du champ opératoire,y compris la face interne des cuisses et la racine de celles-ci,le périnée,les bourses,et,soigneusement,la verge. Cuisses légèrement écartées,les champs sont disposés de manière à laisser exposés la région médiane sous-ombilicale et les organes génitaux externes,de manière également à protéger l'avant-bras gauche du contact de zones septiques lors du temps d'énucléation.

Un petit champ recouvre,temporairement,les organes génitaux.

Incision médiane petite - de 5 à 7 centimètres - haute, presque sous ombilicale,ouverture de l'aponévrose....

.... dégagement de la face antérieure de la vessie au doigt recouvert d'une compresse,en évitant tout décollement inutile,en particulier vers le bas.La vessie bien dépouillée,(on doit en voir nettement les fibres musculaires sans interposition séreuse),deux fils sont passés,haut,de chaque coté de la ligne médiane.

Eviter toute section des fibres musculaires de la vessie: entre les deux fils tendus,on la ponctionne d'un coup sec,de la pointe du bistouri,tranchant tourné vers le bas;l'issue d'air affirme l'ouverture vésicale qui est agrandie par dilacération à l'aide d'une pince.,

L'exploration au doigt s'assure de l'absence de lithiase vésicale;on procède,dès lors,à l'énucléation de l'adénome,ne présentant aucune particularité;rappelons seulement la nécessité de sectinner contre le pubis - et non pas d'arracher - l'urèthre.

Les doigts de la main gauche (il est en effet plus facile de soulever la prostate avec deux doigts qu'avec un seul) continuant à refouler le loge en avant,tasser dans cette loge,au doigt,une mèche imbibée de post-hypophyse et de cytozyme.

Le temps de l'adénomectomie est terminé.

Après changement de gants,un champ protégeant la plaie hypogastrique,les organes génitaux externes sont découverts et on procède à la section,entre ligatures au catgut,des déférents.

Vient enfin le temps primordial:celui de la mise en place de la sonde uréthrale à ballonnet;la mèche est retirée;

L'opérateur,index droit dans la vessie,assure la mise en place correcte de la sonde qu'introduit l'aide:le ballonnet doit être en totalité inclus dans la loge et ne pas émerger dans la vessie.La sonde en place,l'aide gonfle le ballonnet - à l'air ou à l'eau - et il importe d'insister ici sur un des points essentiels de la technique:éviter de trop gonfler le ballon,faute souvent commise:

Trop gonflé,en effet,celui-ci réalise un écrasement des parois de la loge et a tendance à s'énucléer vers la vessie:20 à 30 cm3 d'air ou d'eau stérile suffisent dans l'immense majorité des cas,et il est exceptionnel d'avoir à dépasser 40 cm3.
C'est le doigt intra-vésical qui règle la tension à donner au ballonnet:une impression de rénittence traduit un gonflement déjà éxagéré.La tension optima obtenue,la sonde bien en place,on clampe temporairement le tuyau correspondant au ballonnet.
La loge fait son hémostase par rétraction de ses parois sur le corps étranger que constitue le ballon,et formation de caillots: c'est la loge qui doit se contracter,se rétracter sur le ballon et non celui-ci qui doit comprimer les parois de la loge.

Dès lors,un problème se pose: peut-on fermer la vessie ?

La fermeture n'est concevable que si le saignement a cessé.Mais la voie d'abord a minima ne permet pas d'avoir une vue directe sur le col.Comment,dès lors,affirmer l'arrêt de l'hémorragie ? comment s'assurer que l'on peut,sans risque,fermer la vessie ?

L'expérience a appris que la méthode la plus simple est l'écouvillonnage de la vessie à l'aide de compresses lâchement pliées:si la douzième revient encore franchement sanglante,la fermeture vésicale ne peut être envisagéeDans les cas les plus habituels,dès la septième ou huitième compresses,on peut constater que l'hémorragie a pratiquement cessé..

Avant de fermer la vessie,une dernière précaution n'est pas sans intêret:un doigt introduit dans la vessie contrôle une fois encore la tension du ballonnet:le plus souvent,du fait de la rétraction de la loge,on constate que que ce ballonnet,précédemment sous tension correcte,se trouve exagérément gonflé.L'aide retire à la seringue,adaptée avant de lever le clamp,quelques centimètres cubes d'air ou de liquide,selon les indications de l'opérateur.On peut alors assurer la fermeture définitive du tuyau du ballon.

Fermeture vésicale à la manière de Hrynstchak:
Une bourse extra-muqueuse de catgut n° I
De plus,le cul de sac péritonéal est rabattu en avant de la brèche suturée,et fixé par un un point en X de catgut 00 .

Fermeture de la paroi:
Drainage du Retzius par une lame
Aponévrose au catgut chromé
Fermeture lâche de la peau
Sonde uréthrale fixée à la verge par ruban adhésif.

Lavage de vessie prudent pour s'assurer de l'absence d'hémorragie;puis injection dans la vessie de I00 cm3 environ de serum tiède et fermeture de la sonde par fausset (pour la durée du transport du malade à son lit).

Telle est l'opération typique,pratiquée le plus souvent; ses avantages apparents:

- sa facilité
- sa rapidité (20 à 30 minutes)
- son caractère peu hémorragique (hémorragie de 330 gr. en moyenne)
- ne nécessite qu'un seul aide,aucune instrumentation spéciale.

SUITES OPERATOIRES

I)Surveillance rigoureuse de la perméabilité de la sonde:toutes les demi-heures d'abord,puis toutes les heures pendant la première journée.S'assurer qu'elle donne issue à un écoulement goutte à goutte.

Les grands lavages sont formellement proscrits,exposant à l'hémorragie,à l'infection.Lorsque la sonde s'obstrue,ne recourir qu'à un petit lavage à la seringue de I0 cm3.

La surveillance de la sonde est un temps capital: veiller à ce qu'elle reste perméable,mais aussi à ce que le malade ne l'arrache pas à son réveil.

2)Prévention de l'infection: antibiotiques systématiques.

Malgré leur usage,et quelles que soient les précautions prises en cours d'intervention,l'infection est toujours à craindre, facteur d'hémorragies secondaires,de syndromes généraux sévères, ou,localement,de retards de cicatrisation.

Veiller à ce que la sonde ne "trempe" pas dans l'urine de l'urinal:utiliser des urinaux à double étage,ou raccorder la sonde à un bocal au pied du lit.

3)Quant à la réanimation par voie veineuse,elle n'est pas systématique en dehors des cas ayant présenté une hémorragie anormalement abondante.

4)La surveillance du pouls,de la tension artérielle,se pratique toutes les demi-heures puis toutes les heures.

Les urines,franchement sanglantes les deux premiers jours,s'éclaircissent progressivement.

Au 3 ème jour,le ballon est dégonflé:en cas d'hémorragie,rien n'est plus aisé que de le regonfler immédiatement,et pour quelques jours.

Au 4 ème jour,ablation de la lame du Retzius,ablation de la sonde à ballon que l'on remplace par une sonde normale,à trous multiples.

Au IO ème jour,ablation de la sonde:si la plaie cutanée laisse sourdre des urines,il sera nécessaire de la remettre pour quelques jours .

Il est,enfin,de règle de rechercher un résidu vésical avant la sortie

Deux faits méritent d'être signalés au cours des suites opératoires, généralement si simples:

I) Un certain inconfort: les deux ou trois premiers jours sont parfois assez inconfortables, en raison de l'existence de "poussées" au niveau de la région périnéale. (Le ballon se comporte en corps étranger et est responsable de ces phénomènes).

2) Le risque de phlébo-thrombose et d'accidents emboliques: d'autant plus à redouter que le malade a été longtemps à la sonde à demeure. Les antibiotiques usuels - la pénicilline notamment - seraient doués d'un pouvoir phlébogène.

Ces faits posent le problème de l'utilisation précoce des anticoagulants: on conçoit que l'on n'y ait eu recours que très prudemment après une opération dont la complication majeure, la plus redoutée, était l'hémorragie.

VARIANTES OPERATOIRES

I)La fermeture vésicale est formellement prescrite dans certains cas:

- lithiase vésicale
- infection vésicale
- diverticulite

La fermeture,dans de tels cas, exposerait à de graves accidents infectieux,et la règle est d'assurer un drainage vésical au plafond: sonde ballon uréthrale + fermeture vésicale partielle sur tube de Marion que l'on retire au 2è - 3è jour .

2)Lorsqu'il existe une hémorragie per-opératoire:

La douzième compresse revient franchement sanglante,la fermeture ne peut être envisagée:

- S'il s'agit d'une hémorragie peu importante,on se contente en règle d'un drainage au plafond pendant 48 heures.

- Lorsqu'il s'agit d'une hémorragie abondante,d'une loge scléreuse ne se rétractant pas,plutôt que de recourir à la mèche, nous avons recours,depuis octobre I959 , à une technique dérivée de celle que Lafrance a rapportée au Congrès d'Urologie de I948:

- transfusion sanguine à la demande
- agrandissement si nécessaire
- mise en place d'un écarteur de Hryntschak
- aspiration du sang,repérage des orifices urétéraux
- un surjet de fil fin résorbable - catgut 00 ou 000 - est passé sur tout le pourtour de la brèche muqueuse du col et serré sur

l'extrémité de la sonde:la loge se trouve entièrement fermée sur le ballonnet et l'hémostase se trouve immédiatement assurée:
- par la fermeture de la loge
- par le surjet qui met fin à un éventuel saignement au niveau de la tranche de section de la muqueuse du col.

Ce temps ne prlonge pas l'intervention de plus de I5 à 20 minutes.Quant au risque de sténose ultérieure,il est inexistant si l'on prend la précaution d'utiliser un fil fin: les urines,claires les deux premiers jours,deviennent sanglantes le 3è jour,fait traduisant le lâchage de la bourse et l'ouverture du col . (Au cours de l'opération,la vessie a été fermée à la Hryntschak).

Les suites seront dès lors en tous points superposables aux suites de l'opération en un temps typique.

Ce type d'intervention a été réalisé quatorze fois (7 fois à l'hopital,7 fois en clinique),et la simplicité des suites, la rapidité de la cicatrisation ont été telles qu'aucun autre procédé d'hémostase ne parait pouvoir lui être opposé.

3)L'opération en deux temps: d'indication rare:

Le premier temps:cystostomie haute,petite,étanche; extraction de calculs vésicaux éventuels;section et ligature des déférents.

L'indication à opérer en deux temps résulte souvent d'un état général précaire ou d'une altération notable du fonctionnement rénal:c'est dire que de tels malades doivent être surveillés attentivement,réhydratés,rééquilibrés,en fonction des données des examens biologiques.

Le deuxième temps sera pratiqué le plus tôt possible,dès le retour à de meilleures conditions du fonctionnement rénal: trois semaines à un mois.

L'opération ne comporte aucune particularité:après excision de la fistule et libération de la face antérieure de la vessie on procède à l'énucléation et à la mise en place de la sonde ballon.

Comment terminer ? L'étude des chiffres - et Chapuis l'avait noté - plaide en faveur de la fermeture vésicale partielle sur tube de Marion en cas d'opération en deux temps . (" Dans l'intervention en un temps,la fermeture vésicale totale assure une cicatrisation plus rapide;dans l'intervention en deux temps,au contraire,la fermeture partielle semble de beaucoup préférable ").

L'HEMORRAGIE PRECOCE

Rarissime,elle ne s'observe plus guère qu'en clientèle hospitalière,et s'explique sans doute par la méconnaissance de certains points de technique de la part d'opérateurs n'ayant qu'une expérience récente - et restreinte - de la chirurgie urologique.

Son traitement:transfusion immédiate,s'assurer que le ballonnet ne s'est pas dégonflé,auquel cas on tenterait de le regonfler,ou de replacer une autre sonde s'il s'agissait d'une crevaison.Si ces manoeuvres échouent,ou s'il n'existe aucune cause explicable,si l'hémorragie par son abondance semble susceptible de mettre en jeu le pronostic vital,la ré-intervention s'impose, d'urgence.

On ne peut,dans les conditions où l'on est généralement amené à réintervenir,envisager que la mise en place d'un tube de Marion,ou,si le saignement est très abondant,le méchage de la loge.

LES RESULTATS

Nous n'aurons en vue au cours de cette étude que les résultats immédiats de l'opération de Delinotte,négligeant volontairement les complications tardives éventuelles qui pourraient - comme après toute autre technique d'adénomectomie - compromettre le pronostic fonctionnel.

Le but à atteindre en matière d'adénomectomie: parvenir à réaliser une opération simple,facile,rapide,n'exposant à aucune hémorragie importante per-opératoire,ne faisant courir qu'un minimum de risques vitaux,assurant une hémostase suffisamment efficace pour mettre à l'abri d'hémorragies graves et même d'instituer un traitement anticoagulant très précoce,dès le 2è - 3è jour, car le risque d'embolie massive est réél.

La méthode décrite répond-elle à tous ces buts ?

L'étude des résultats portera d'abord sur les dossiers hospitaliers:243 dossiers du service du Docteur Delinotte, auxquels nous ajouterons les 200 cas étudiés par Chapuis.

Quelques remarques préliminaires:

- Il s'agit d'un recrutement hospitalier,d'une clientèle accoutumée à ne pas se soucier tôt de troubles ne lui paraissant présenter aucune gravité,et que l'on est souvent amené à voir tardivement,dans un état variable,mais pas toujours très satisfaisant.

- Si l'on ajoute à celà qu'il s'agit de sujets agés (la moitié de notre statistique hospitalière concerne des malades dont l'âge varie de 67 à 77 ans) qui ont suivi la "filière hospitalière" et parfois séjourné plusieurs semaines,au lit,dans différents services hospitaliers avant d'aboutir en urologie

- Si l'on tient compte,enfin,du fait que les opérateurs sont multiples et que certains d'entre eux n'ont qu'une expérience toute récente de la chirurgie urologique,

On conçoit que l'on puisse prévoir des résultats globaux beaucoup moins satisfaisants en hopital qu'en clinique.

L'HEMORRAGIE PER - OPERATOIRE

La méthode approximative consistant à peser les compresses a permis de conclure à une perte sanguine moyenne de 330 grammes (celle-ci passant de 250 gr. dans les cas les plus habituels,à des chiffres nettement plus élevés,et pouvant atteindre le litre dès qu'il s'agit d'une vessie infectée ou lithiasique,ou d'un sujet hypertendu.

Ces chiffres confirment ceux donnés par différents auteurs:

GOODYEAR et BEARD ont conclu à une hémorragie moyenne de:

- 210 cm3 dans l'opération de Freyer avec hémostase par ballon
- 360 cm3 dans l'opération de Freyer sans hémostase
- 640 cm3 en cas d'opération de Millin

ABOULKER donne les chiffres suivants:

- 320 cm3 dans l'opération de Freyer modifiée
- 377 cm3 dans l'opération de Millin.

Seul,COUVELAIRE a conclu à une déperdition sanguine très importante (600 gr dans l'opération de Freyer,simple ou modifiée).

Mais la majorité des auteurs situe la spoliation sanguine per-opératoire aux environs de 300 grammes.

LE CHOC OPERATOIRE

Est étonnamment discret;aucune réanimation,nous l'avons vu,n'est entreprise systématiquement.Il importe toutefois d'éviter chez les sujets agés,athéro-scléreux,tout à-coup tensionnel,et particulièrement toute baisse de la Tension Artérielle.La surveillance per-opératoire du pouls et de la tension guide le réanimateur.

LA MORTALITE

Sur 243 malades opérés,10 décès sont à noter:

- 8 décès après opération en un temps : soit 4,06 %

I97 malades avaient été opérés en un temps:

- I35 avec fermeture vésicale totale :6 décès (4,44%)
- 62 avec fermeture sur tube ; 2 décès (4,06 %)

- 2 décès après opération en deux temps: soit 4,34 %

Au total,la mortalité sur 243 cas peut se chiffrer à 4,II %

OBSERVATIONS DES MALADES DECEDES

OBS.I:M.B... 85 ans,adénome de moyen volume,lithiase vésicale, état général précaire;opéré en deux temps;adénome de 37 grammes. Escarres de decubitus,altération progressive de l'état général, décès au 30è jour.

OBS.2:M.B... 85 ans,insuffisance cardiaque globale;opéré après traitement médical et accord des cardiologues;adénomectomie en un temps avec fermeture vésicale sur tube.Accidents de défaillance cardiaque irréductible et décès le 3è jour.Aucune hémorragie.

OBS 3:M.G...77ans:antécédents d'infarctus du myocarde étendu; opéré après accord des cardiologues;collapsus brutal à la 48è heure;aucune hémorragie.

OBS 4:M.P...77 ans,en insuffisance cardiaque;opéré après accord médical;collapsus mortel sur table,sans hémorragie notable.

OBS 5: M.V...77 ans:opéré en un temps avec fermeture vésicale totale Syndrome septicémique précoce et altération rapide de l'état général escarres ,décès le 20 ème jour.

OBS 6:M.C... 74 ans:malade présentant une hypertension artérielle et une tuberculose pulmonaire.Adénome de 85 grammes.Fermeture vésicale totale;hémorragie dans l'après-midi;intervention rapide: mais sans doute trop tardive:malgré les transfusions,la TA reste effondrée;décès le I7è jour.

OBS 7: M.Sv...73 ans: hémorragie per-opératoire incoercible, collapsus ne cédant pas aux transfusions massives.Décès à la 30ème heure.

OBS 8: M.Sc...69 ans;opéré en deux temps;hémorragie massive dans l'après-midi:ballon trop gonflé,ayant glissé dans la vessie. Transfusions;pour des raisons extra-chirurgicales la réintervention ne peut être pratiquée qu'avec un retard de plusieurs heures Etat voisin de l'état de décérébration;décès au 7è jour.

OBS 9: M. Sz... 66 ans :embolie mortelle le 24è jour.

OBS. IO: M. F... 65 ans: mort subite le 5è jour.

Discussion de ces observations

Sur IO décès,4 ne relèvent qu'indirectement de l'opération:

- 3 malades,agés respectivement de 77,77 et 85 ans,cardiopathes connus sont décédés,l'un en cours d'opération,l'un à la 48è heure l'autre au 3è jour,sans que l'on puisse incriminer une hémorragie. Dans les 3 cas,les malades avaient été suivis et traités en cardiologie,l'opération décidée en accord avec les médecins.

- Un malade ,agé de 85 ans,est décédé d'accidents de decubitus le trentième jour.

Ces faits ne soulèvent qu'un problème:celui de l'indication opératoire chez le vieillard et le cardiopathe.

Les 6 autres décès,par contre,relèvent directement d'une complication post-opératoire (une hémorragie per-opératoire, deux hémorragies post-opératoires,un syndrome septicémique,deux morts subites,vraisemblablement par embolie).

OBS 5: Il s'agissaït d'un malade à vessie infectée et l'on peut incriminer,à l'origine du syndrome septicémique,la fermeture abusive de la vessie.Peut-être eût-il été indiqué de réintervenir précocément pour réaliser un drainage au plafond ?

OBS 7 : Une hémorragie profuse de ce type ferait songer actuellement à la possibilité d'une fibrinolyse et,en dehors du traitement spécifique ,serait une indication à la fermeture du col sur le ballonnet à la manière de Lafrance.

OBS 8: plusieurs erreurs peuvent être relevées:ballon vraisemblablement trop gonflé ou mal placé,réintervention trop tardive.

OBS 6 : Aucune faute en apparence ne peut être retenue,mais il est à noter qu'il s'agissait d'un hypertendu.

OBS 9 et IO: Mort subite au 5è et au 24è jour,évoquant avant tout une embolie pulmonaire,incitant à l'administration systématique d'anticoagulants.

Conclusions:

L'hémorragie mortelle est exceptionnelle:2 cas sur 243 opérés,soit 0,82 %.Le risque hémorragique,si la technique opératoire est respectée,est peu important,mais les deux accidents mortels sont un argument en faveur d'une réintervention très précoce si survient une hémorragie post-opératoire abondante.

Autres conclusions:

- La nécessité de ne jamais fermer complètement une vessie infectée
- La nécessité de prévenir les accidents thrombo-emboliques.

A ces résultats,associons ceux donnés par Chapuis, à propos de 200 cas opérés dans le service du Dr L. Michon;

- I3 décès sur 200 opérés,soit 6,5 % (6,25% après opération en un temps, 7,3I% après opération en 2 temps)

- Les causes de ces décès:

- Une hématémèse foudroyante chez un ulcéreux (79 ans)
- Une défaillance cardiaque (78 ans)
- Une broncho-pneumonie au 7è jour (75 ans)
- Un ictus le 2è jour (75 ans)
- Un ramollissement cérébral au 4è jour (79 ans)
- Une mort non expliquée à la 24è heure (75 ans)

(Ces six décès ne relèvent donc qu'indirectement de l'opération).

- Deux fois un syndrome infectieux général (66 et 76 ans)
- Un abcès grave du Retzius,à l'origine d'une hémorragie (60 ans)
- Une hémorragie du premier jour (74 ans)
- Une hémorragie tardive (42è jour) par infection (60 ans)
- Une mort subite à la 48è heure (vraisemblablement par embolie- 78a
- Une embolie au I3è jour (72 ans).

(Quatre fois,l'infection a été la cause directe ou indirecte du décès,alors que sur les 243 cas que nous avons étudiés une seule infection mortelle est notée -peut-être imputable,d'ailleurs,à une faute technique;sans doute faut-il voir là une manifestation de l'efficacité des antibiotiques.)

AU TOTAL:

Sur 443 malades opérés en hopital,on compte 23 décès, soit un taux de mortalité de 5,20 %.

- Dans I0 cas,la mort ne peut être imputée à la prostatectomie elle-même;

- Et I3 décès seulement sont sous la dépendance directe de l'opération:
  - I hémorragie per-opératoire
  - 3 hémorragies précoces
  - 4 morts subites (embolie ?)
  - 5 infections (3 septicémies
    I abcès du Retzius
    I hémorragie tardive)

LES HEMORRAGIES

Sur 243 dossiers,7 cas d'hémorragie ont été notés :

- 2 hémorragies précoces mortelles (déjà citées)
- 3 hémorragies dans les premières heures ayant imposé une réintervention:mise en place d'un tube de Marion;suites simples.
- Une hémorragie du 2è jour:mise en place d'un tube de Marion
- Une hémorragie du 6è jour :remise d'une sonde-ballon,transfusions pas de réintervention,suites sans histoire.

Chapuis,à propos de 200 cas,avait observé 5 hémorragies précoces (dont deux liées au dégonflement du ballon)et 7 hémorragies secondaires;mais une réintervention n'avait été nécessaire que dans 2 cas,une seule avait été mortelle.

Le rôle de l'infection est bien admis dans le déterminisme des hémorragies tardives:la comparaison des deux chiffres (7 hémorragies sur 200 cas dans une série antérieure à I950,une seule hémorragie sur 243 cas dans une série postérieure) témoigne encore de l'interet de l'antibiothérapie.

(Nous n'avons retenu dans le cadre des hémorragies complications que les hémorragies importantes avec retentissement clinique et abaissant le taux des hématies au-dessous de 4 millions négligeant les hémorragies de petite abondance ne posant aucun problème thérapeutique.)

Retenons que sur 443 malades opérés,8 ont présenté une hémorragie suffisamment importante pour justifier une réintervention (I,78 %)

LE TEMPS DE GUERISON ET DE CICATRISATION

I)Après opération en un temps et fermeture vésicale complète:

Sur I35 cas opérés on a observé:

- cicatrisation en I0 jours 5I soit 37,70%
- cicatrisation en moins de I5 jours: 69 soit 5I,I0%
- cicatrisation entre I5 et 20 jours 38 soit 28,I0%

soit 79% de cicatrisation avant le 20è jour.

- cicatrisation entre 20 et 30 jours I6 soit II,80%
- cicatrisation entre 30 et 60 jours 5 soit 3,70%
- Décès 6

- Sont inclus dans ce chapitre 7 cas où la technique de Lafrance sur sonde-ballon a été pratiquée.

Au total: 79 % des cas cicatrisés avant le 20è jour

Durée d'hospitalisation après l'opération: II à I2 jours dans les cas les plus favorables

Durée moyenne d'hospitalisation après opération:I9 jours

2)Après opération en un temps,avec fermeture vésicale partielle sur tube:

Sur 62 cas opérés,on a observé:

- cicatrisés en moins de I5 jours: 24 soit 40%
- cicatrisés entre I5 et 20 jours: I6 soit 26,60%

Soit 76% de cicatrisation au 20èmè jour.

- cicatrisés entre 20 et 30 jours: II soit I8,30%
- cicatrisés entre 30 et 60 jours: 8 soit I3,30%

- Fistule curée chirurgicalement: I
- Décès 2

Au total,le tube de Marion n'influence que modérément la durée de cicatrisation,mais la durée moyenne d'hospitalisation après l' opération est de 25 jours.

3)Après opération en deux temps:

Sur 46 cas opérés,on a observé,après le 2ème temps:

- Cicatrisés en moins de I5 jours: 3 soit 6,5%
- Cicatrisés entre I5 et 20 jours: 8 soit I7%
- Cicatrisés entre 20 et 30 jours: I7 soit 37%

Soit 60% de cicatrisation avant le 30ème jour

- Cicatrisés entre 30 et 60 jours: I4 soit 30,40%
- Fistules traitées chirurgicalement: 2 soit 4,35%
- Décès 2 soit 4,35%

Durée moyenne d'hospitalisation:3I jours après le 2è temps

Chapuis avait observé,d'une manière générale,une cicatrisation plus rapide:

I) Après opération en un temps et fermeture vésicale totale:

75% de cicatrisation en moins de I5 jours

I0,4% entre I5 et 30 jours

6,7% entre 30 et 60 jours

2) Après opération en un temps,avec fermeture partielle de la vessie

56% de cicatrisation avant le I5è jour

28% entre le I5è et le 30è jour.

3) Après opération en deux temps:

60% de cicatrisation en moins de I5 jours

I00% en moins de 30 jours si la fermeture vésicale n'est que partielle,sur tube.

Délais nettement plus longs en cas de fermeture vésicale totale.

LES PHLEBITES ET LES EMBOLIES

Elles sont particulièrement fréquentes en chirurgie de la prostate On y discute le rôle de l'âge,de l'immobilité,de la stase,des traumatismes veineux opératoires,de la sonde,des antibiotiques....

Sur 443 cas d'adénomectomie,2I cas de phlébo-thrombose jambière indiscutable ont été notés.Quatre morts subites peuvent être rapportées à une embolie vraisemblable:la fréquence des accidents de thrombose serait donc de l'ordre de 5,64% ; une embolie pulmonaire mortelle est survenue dans 0,9 % des cas.

Si nous résumons les résultats de la statistique hospitalière:

- 443 malades ont été opérés selon la technique de Delinotte
- 23 décès sont à déplorer,soit un taux de mortalité de 5,20%
- L'hospitalisation moyenne a été - après opération - de:
  - I9 jours pour les I35 cas opérés en un temps avec fermeture vésicale complète
  - 25 jours pour les 62 cas opérés en un temps avec fermeture partielle de la vessie
  - 3I jours dans les formes opérées en 2 temps.
- 8 fois,une hémorragie précoce post-opératoire a nécessité une réintervention d'urgence (dans I,78 % des cas)
- 3 fois,une hémorragie a été responsable du décès (0,68% des cas)
- 25 cas d'accidents veineux ont été observés et la fréquence de ces complications est de l'ordre de 5,64 %.
- Parmi ces cas,quatre embolies mortelles sont vraisemblables et l'embolie mortelle est donc à craindre dans 0,9% des cas).

La lecture de ce tableau permet de constater que les accidents hémorragiques sont devenus très rares chez les malades opérés selon la technique de Delinotte - et celà en milieu hospitalier,malgré la diversité des opérateurs,la jeunesse ou la faible expérience de nombre d'entre eux.La sécurité conférée par la méthode est telle que la complication majeure n'est plus l'hémorragie,mais la phlébo-thrombose,dont le traitement,ou mieux, la prévention passe au premier plan des préoccupations.

ETUDE DE RESULTATS EN PRATIQUE " DE VILLE "

La clientèle de clinique,assez différente,d'un milieu généralement aisé,soucieuse de sa santé,n'hésite pas à consulter à l'occasion des premiers troubles.A priori,on peut considérer que l'on sera amené à intervenir tôt,chez des malades à état général bien conservé,aux fonctions rénales peu altérées.

Il est non moins certain que les statistiques devraient se ressentir du fait que tous les malades sont opérés par un même opérateur,parfaitement maître de la technique employée. En ceci,surtout,est la différence.

A PROPOS DE 397 CAS PAR UN MEME OPERATEUR

- 323 ont subi une opération en un temps avec fermeture vésicale complète
- 48 une opération en un temps avec fermeture vésicale partielle sur tube de Marion.
- 26 en deux temps

Durée moyenne d'hospitalisation après l'opération: I9 jours.

Mortalité: 9 décès (soit 2,26 %),tous après opération en un temps avec fermeture vésicale totale. Cette mortalité se décompose comme suit:

- Un ramollissement cérébral
- Une broncho-pneumonie

- Un infarctus du myocarde
- Un syndrome septicémique avec décès au 4è jour
- Une hémorragie précoce
- Quatre morts subites attribuées à une embolie.

Analyse de ces résultats:

Un seul décès par hémorragie - et ceci en septembre I95I,à une période où la technique n'était pas parfaitement codifiée.

La cause majeure de léthalité,là encore,reste l'embolie

Quant au risque hémorragique,il parait inexistant dans cette série:hormis l'hémorragie mortelle mentionnée,deux cas seulement d'hémorragie précoce ont nécessité une réintervention.

On peut donc évaluer le risque hémorragique à 0,75 %, le risque d'hémorragie mortelle à 0,25 %,alors que le risque d'embolie mortelle est de I % environ.

ETUDE D'UNE SERIE DE 64 CAS PAR UN AUTRE OPERATEUR

- 33 ont subi une opération en un temps avec fermeture vésicale complète.
- I7 une opération en un temps avec fermeture partielle de la vessie sur tube de Marion
- I4 une opération en deux temps.

Durée moyenne d'hospitalisation: non précicsée.

Mortalité: 4 décès (soit 6,25 %),survenus l'un après opération en un temps avec fermeture vésicale,un autre après opération en un temps avec fermeture vésicale partielle,deux après opération en 2 temps.

Les causes de mortalité:

- Un syndrome septicémique avec décès au 4è jour - attribué par l'opérateur lui-même à la fermeture abusive d'une vessie infectée.
- Un infarctus du myocarde au 6è jour
- Deux morts subites,par embolie vraisemblablement,l'une au I3è jour,l'autre au 20è jour,au moment de la sortie de clinique

Aucune hémorragie n'a été notée.

Et la complication majeure,ici encore, reste la mort subite par embolie (3,I %).

ETUDE D'UNE SERIE DE 48I CAS PAR UN 3è OPERATEUR

- 375 ont subi une opération en un temps avec fermeture vésicale complète.
- 9 une opération en un temps avec fermeture vésicale partielle sur tube de Marion.
- 97 une opération en deux temps.

Durée moyenne de cicatrisation après opération en un temps:I3 jours

80 % de cicatrisation en moins de I5 jours.

6 fistules (I,57%) curées chirurgicalement après le 35ème jour.

Après opération en deux temps:

60% de cicatrisation en moins de I5 jours.

Mais I3 fistules (I3,4%) curées chirurgicalement.

Mortalité: I5 décès (soit 3,I %),dont:

- II après opération en un temps,soit 2,85% (384 opérés)
- 4 après opération en deux temps (soit 4,I %)- 97 opérés

Les causes de mortalité:

- Un décès de cause obscure:ictère au 3è jour;sonde fonctionnant normalement,mais urée sanguine croissant régulièrement, coma azotémique le I3è jour,décès le I6è .
- Une anurie post-opératoire sans hémorragie notable;décès le 4è jour
- Une défaillance cardiaque irréductible chez un cardiopathe
- Un décès par accidents de decubitus (escarres,adynamie...) mort au 30è jour.
- Une broncho-pneumonie.
- Un syndrome septicémique (staphylo + perfringens à l'hémoculture) mort au I7è jour.
- Un phlegmon du Retzius,puis syndrome toxi-infectieux;mort le 20è j
- Un phlegmon gangréneux du Retzius avec syndrome toxique sévère mort au I7è jour.

- Une hémorragie précoce,suivie d'anurie;mort le IIè jour.
- Une hémorragie précoce réopérée le lendemain;mort subite le jour même.
- Une embolie pulmonaire non immédiatement mortelle (apparue au I4è jour),mais suivie de coma azotémique et mort au 20è jour.
- Quatre morts subites (aux 4è,9è,7è et I4è jours),attribuées à une embolie.

Au total,l'évolution mortelle résulte:
- Une fois d'un syndrome d'hépato-néphrite
- Une fois d'anurie par insuffisance rénale post-opératoire
- Deux fois de causes générales (decubitus,défaillance cardiaque)
- Une fois de broncho-pneumonie
- Deux fois d'hémorragie précoce
- Trois fois d'un syndrome infectieux général
- Cinq fois d'embolie.

La cause majeure de léthalité,là encore,reste l'embolie.

L'infection qui semble,dans cette série,représenter un danger majeur,mérite une remarque:les quatre cas mortels (broncho-pneumonie et trois syndromes généraux)se sont échelonnés au cours des années I95I,I952 et I954,à une époque où l'on ne disposait pas encore d'antibiotiques à très large spectre.

Quant au risque hémorragique,il est de 4,57 % : 22 hémorragies ont été notées (mais parmi elles,4 sont tardives au 8-I0è jour,et 5 précoces n'ont nécessité aucun geste thérapeutique).

Parmi les I3 hémorragies précoces restantes,deux ont été mortelles, deux ont nécessité une réintervention d'urgence (une fois un méchage,une fois un simple drainage au plafond),les 9 autres ont cédé au " débouchage" d'une sonde obstruée,ou au changement de sonde:sept fois,en effet,le ballonnet a été trouvé éclaté,et ceci s'explique par le fait que l'opérateur avait accoutumé de le gonfler souvent à 50 cm3.

Le risque d'hémorragie précoce grave peut donc être évalué à 2,7 %,le risque d'hémorragie mortelle à 0,42 %,alors que le risque d'embolie mortelle est de I,04 %.

ETUDE D'UNE SERIE DE I63 CAS PAR UN 4è OPERATEUR

- I34 ont subi une opération en un temps avec fermeture vésicale complète
- I0 une opération en un temps avec fermeture vésicale partiélle sur tube de Marion
- I9 une opération en deux temps.

A)-Durée moyenne de cicatrisation après opération en un temps avec fermeture vésicale complète: sur I34 cas,on a observé:

- Cicatrisation en moins de I0 jours: I03 soit 76,8 %
- Cicatrisation entre I0 et I5 jours: 25 soit I8,6 %
- Cicatrisation entre I5 et 20 jours: 2 soit I,49%

Soit 96,89 % de cicatrisation au 20è jour

- Cicatrisation entre 20 et 25 jours: 3

Au 25è jour,I33 malades sur I34 opérés sont parfaitement cicatrisés.Le I34è est décédé avant cicatrisation.

Durée d'hospitalisation après opération:II jours dans les cas favorables,3I jours au maximum dans un cas compliqué.En moyenne:I5 jours.

B)- Après opération en un temps avec fermeture vésicale partielle: sur I0 cas:

- Cicatrisation au I0è jour: I soit I0 %
- Cicatrisation entre I0 et I5 jours: 5 soit 50 %
- Cicatrisation entre le I5è et 20è : I soit I0 %

Soit 70% de cicatrisation au 20è jour

- Au 28è jour: I00 % de cicatrisation.

Durée d'hospitalisation après opération:I6 jours dans les meilleurs cas,mais de 23 à 4I jours pour les cas moins favorables.

C)- Après opération en deux temps: sur I9 cas:

- Cicatrisation au I0è jour: 8 soit 42,I %
- Cicatrisation entre I0 et I5 jours: 7 soit 36,84 %
- Cicatrisation entre I5 et 20 jours: 3 soit I5,78%

Au 20è jour,donc,95 % de cicatrisation.

- Un seul cas (présentant une volumineuse hernie diaphragmatique mal tolérée,a été laissé,par prudence,à la sonde à demeure pendant 40 jours).

Durée d'hospitalisation après le 2è temps:I3 jours dans les meilleurs cas; 35 jours au maximum.Seul,le malade dont il vient d'être question (hernie diaphragmatique) a été hospitalisé 48 jours.

La mortalité: Sur I63 cas opérés,on a observé 3 décès (I,84 %),tous après opération en un temps.

Les causes de mortalité:

- Un décès au 45è jour,chez un malade de 78 ans,dans un syndrome de cachexie progressive.Les suites immédiates avaient été sans histoire,la cicatrisation obtenue au 9è jour.

- Un décès au I0è jour,chez un malade de 82 ans,dans un tableau mal défini de subocclusion.Les urines étaient claires dès le 5è jour.

- Un décès au 2è mois,chez un malade de 76 ans:suites opératoires perturbées par une infection persistante,une funiculite,ne cédant pas au traitement médical.Syndrome septicémique avec colibacille à l'hémoculture à la fin du 2è mois et décès.

Une seule fois,donc,le décès semble lié à une cause urologique.

Le risque infectieux,dans cette série,semble négligeable puisqu'à l'exception de la septicémie tardive à colibacilles,il n'a été observé que quelques cas d'infection localisée:

- 2 abcès de paroi
- 8 orchi-épididymites.

Quant au risque hémorragique,il est nul:

Il a été observé,à propos de ces I63 cas,5 hémorragies précoces,dont quatre n'ont nécessité aucun geste thérapeutique.

Une seule ré-intervention a été nécessaire dans l'après-midi:méchage;les suites ont été des plus simples.On peut évaluer le risque hémorragique à 0,6I %.

Six hémorragies tardives,à l'ablation de la sonde,ont été notées,sans gravité.

QUELQUES OBSERVATIONS

- OBS II: M.Ch... 66 ans;dysurie depuis plusieurs années,plusieurs épisodes de rétention;adénome de moyen volume,urée à 0,65 ; retentissement discret sur les voies urinaires hautes à l'UIV. Op: Freyer-Ballon selon la technique habituelle (FBTH) avec fermeture vésicale;ballon gonflé à 20 cm3. Pièce : 40gr. Suites sans histoire;vessie fermée le IOè jour,sortie le I3è. Résidu vésical: 0.

- OBS I2: M.G... 7I ans.Pollakiurie depuis 3 ans,rétention chronique avec distension;urée à 0,45 ;voies hautes sensiblement normales à l'UIV. Adénome de moyen volume. OP: FBTH ,ballon gonflé à I5 cm3.Pièce: 38 gr. Suites sans histoire.Cicatrisé le IOè jour,sorti le I4è; R.V : 0.

- OBS I3: M.Le... 7I ans: pollakiurie nocturne,dysurie,épisodes de rétention aigue;adénome de moyen volume; urée à 0,65 ; pas de retentissement sur les voies hautes. OP: FBTH . Pièce : 34 grammes . Suites sans histoire . Cicatrisé le IOè; sorti le I3è . R.V :0 .

- OBS I4: M.Lo... 7I ans:pollakiurie nocturne,dysurie intense.Adénome de taille moyenne; urée à 0,40 ;voies hautes sensiblement normales. OP: FBTH . Ballon gonflé à 30 cm3 .Pièce : 35 gr . Suites très simples; cicatrisé le IOè jour,sorti le I2è jour. R.V : 0.

- OBS I5:M. Nou... 66 ans;pollakiurie,rétention chronique sans distension. Gros adénome.

OP: FBTH . Ballon gonflé à 20 cm3 .Pièce : 62 grammes.Cicatrisé le I4è jour,sorti le I9è . R.V : 0.

- OBS I6: M.Fi... 64 ans;dysurie,épisodes de rétention aigue;gros adénome.
  OP: FBTH ;ballon gonflé à 30 cm3 . Pièce: 68 gr. Cicatrisé le I0è jour,sorti le I4è . R.V :I0 cm3 .

OPERATIONS EN UN TEMPS AVEC DRAINAGE PAR TUBE DE MARION (F.B.M.)

- OBS I8: M.Ba ... 62 ans; pollakiurie,dysurie,adénome de moyen volume.Opéré en un temps;la I2è compresse revient franchement sanglante:pas de fermeture totale,FBM. Pièce:43 grammes. Ablation du tube le 2è jour,cicatrisé le I2è,sorti le I6è.

- OBS I9 :M. Fr... 7I ans:Pollakiurie,dysurie,rétention chronique, infection vésicale et lithiase vésicale:
  Opéré en un temps;énucléation simple,ablation d'une cinquantaine de calculs vésicaux;pas de fermeture à envisager: FBM. Pièce: 46gr Suites simples:tube retiré le 3è jour;cicatrisation incomplète le I2è jour,obligeant à replacer la sonde uréthrale quelques jours. Sorti le 29è jour.

- OBS 20: M.B... 70 ans:adénome volumineux avec infection urinaire ++ Enucléation;FBM ;pièce: I05 grammes. Suites sans histoire,transfusion de 400 cm3 le 4è jour . Cicatrisé le I6è jour.

- OBS 2I: M.Lem... 87 ans:gros adénome,pollakiurie intense,sommeil impossible.Opéré en un temps;pièce: 36 gr .La I2è compresse est franchement sanglante; FBM; malade sorti le 2Iè jour.

OPERATIONS EN UN TEMPS AVEC HEMOSTASE PAR LAFRANCE- BALLON:

- OBS 22: M.Mai... 70 ans: rétention chronique depuis plusieurs années pas de retentissement haut.Opéré en un temps.Hémorragie +++.Loge scléreuse ne se rétractant pas. Surjet à la Lafrance sur le col au catgut 000 serré sur le ballon gonflé à 20 cm3 .Pièce: 68 gr. Suites sans histoire,cicatrisé le I0è jour,sorti le I5è . R.V:0

- OBS 23: M.T... 68 ans:épisodes de rétention aigue successifs. Opéré en un temps,adénome polylobé;saignement important,loge ne se rétractant pas;Lafrance-ballon;arrêt immédiat de l'hémorragie. Fermeture vésicale totale.Pièce: I0I gr. Suites sans histoire; cicatrisé le I0è jour,sorti le I5è . R. V : I5 cm3.

- OBS 24: M.Lan... 58 ans: petit adénome,anévrysme aortique,angor, artérite des membres inférieurs,hypertendu...)
  Opéré en un temps:petit adénome,mais hémorragie importante,loge scléreuse; Lafrance-ballon:arrêt immédiat de l'hémorragie;fermeture vésicale. Pièce: 27 gr.
  Cicatrisé le I0è jour; suites perturbées par un volumineux oédème de la verge et des bourses;sorti le 30è jour seulement.R.V: 0

- OBS 25: M.Ba... 69 ans: pollakiurie,dysurie depuis 8 ans,apparition de rétention aigue et d'hématuries.Malade en arythmie complète, signes cliniques et électriques d'insuffisance coronarienne.Opération non seulement autorisée,mais conseillée par les cardiologues. Opéré en un temps,hémorragie importante,loge ne se rétractant pas. Lafrance-ballon . Pièce: 70gr.Cicatrisé le I5è jour,sorti le 2Iè.

CONCLUSIONS

L'opération de FREYER modifiée par DELINOTTE veut allier les avantages de l'opération de Freyer typique (simplicité, rapidité,ne nécessitant aucune instrumentation spéciale....) à la sécurité que confère l'hémostase directe.

L'étude de I548 dossiers de malades ayant subi une adénomectomie selon cette technique permet de se faire une idée assez exacte de la valeur de la méthode,de la sécurité qu'elle apporte.

A propos de I548 opérés,54 décès sont à déplorer,soit une mortalité globale de 3,48 %.

Encore importe-t-il d'insister sur le fait que la chirurgie de l'adénome est une chirurgie du vieillard,souvent même du grand vieillard:aucune autre thérapeutique chirurgicale ne s'applique aussi exclusivement au sujet agé,en état d'équilibre souvent assez précaire.

La comparaison du taux de mortalité en clinique et en hopital témoigne de l'importance de l'état du "terrain",mais aussi des qualités,de l'entrainement de l'opérateur -même lorsqu'il s'agit d'une opération si simple en apparence.

Sur 443 malades opérés en Hopital de l'Assistance Publique à Paris,23 décès sont notés,soit une mortalité de 5,20 %

(La multiplicité,la jeunesse,la faible expérience des opérateurs, ou de nombre d'entre eux,expliquent sans doute,au moins partiellement ce chiffre.

Sur I I05 opérés exclusivement - en clinique ou en hopital de Province - par des chirurgiens exercés à la chirurgie urologique et parfaitement maîtres de la technique,on ne compte en effet que 3I décès,soit un taux de mortalité de 2,80 %.

Comment se décomposent les facteurs de mortalité ?

Dans 2I cas,la mort relève de causes médicales,sans que l'on puisse incriminer la technique chirurgicale employée.

Par contre,33 décès relèvent directement d'une complication post-opératoire:

- II accidents infectieux ou toxi-infectieux
- 7 accidents hémorragiques précoces
- I5 morts subites (par embolie vraisemblablement).

L'asepsie rigoureuse,l'usage d'antibiotiques à large spectre,ont rendu l'infection très rare: sur les II cas d'infection mortelle,3 seulement sont postérieurs à I957.La complication infectieuse,d'ailleurs,n'appartient pas en propre à la technique d'adénomectomie avec hémostase indirecte par ballonnet.La possibilité de phénomènes infectieux graves - voire impossible à juguler- doit toujours rester présente à l'esprit,et l'on doit tenir pour règle,sous peine de mettre en jeu le pronostic vital,que toute infection vésicale,toute lithiase vésicale,constituent une contre-indication formelle à la fermeture complète primitive de la vessie.

Le risque hémorragique: 7 hémorragies précoces mortelles permettent de chiffrer le risque à 0,38 %.

Encore importe-t-il d'insister sur le fait que l'on peut opposer aux 4 hémorragies survenues en milieu hospitalier (quatre hémorragies pour 443 malades opérés,soit 0,9 %),les 3 accidents mortels pour I I05 malades privés ,soit 0,27 %.

A propos de I 548 opérés,I5 fois seulement (soit dans 0,96 % des cas),une réintervention a été imposée par une hémorragie précoce.

La véritable complication,la plus fréquente,(I5 morts sur I 548 cas,soit 0,96 %) la plus redoutable,semble bien,en fait,être constituée par la maladie thrombo-embolique.

Les délais de cicatrisation:

- Après opération en un temps,et fermeture vésicale complète, la cicatrisation,en moins de I5 jours,est obtenue dans 75% des cas.

- Après opération en un temps avec fermeture vésicale partielle sur tube de Marion,la cicatrisation en moins de I5 jours n'est observée que dans 50% des cas.La mise en place d'un tube de Marion semble bien retarder ,mais de quelques jours seulement,la cicatrisation.

- Après opération en deux temps et fermeture vésicale partielle sur tube,la cicatrisation n'est observée au I5è jour que dans 55% des cas.

QUE PEUT - ON CONCLURE AU TERME DE CETTE ETUDE ?

I)-L'opération de Freyer avec hémostase indirecte de la loge par sonde à ballonnet présente quelques inconvénients:

On peut lui reprocher:

- d'être peu "chirurgicale"
- de réaliser une énucléation à l'aveugle
- de nécessiter une préparation du malade par sonde à demeure
- d'avoir des suites immédiates pas toujours très confortables pour le malade en raison de "poussées" périnéales liées à la présence du ballonnet.

2)-En regard de ces inconvénients,la méthode présente d'indiscutables avantages:

- technique de réalisation facile
- rapide (30 à 40 minutes) ce qui n'est pas sans intêrêt chez le vieillard.
- ne nécessite qu'un seul aide,aucune instrumentation spéciale
- réalisable par tous,pouvant s'appliquer à tous les cas
- elle ne demande qu'une ouverture minime
- évite les décollements étendus
- permet l'hémostase de la tranche uréthrale,de la loge
- permet la fermeture immédiate de la vessie,écourtant les délais de cicatrisation.
- la surveillance post-opératoire en est facile

Mais l'intêrêt essentiel de la méthode est d'associer à la rapidité d'éxécution,à la simplicité de la technique,une hémostase dont l'efficacité est indiscutable,puisqu,sur I 548 observations,nous n'avons noté que::

- I5 hémorragies précoces ayant nécessité une réintervention
- 7 hémorragies mortelles (et parmi celles-ci,4 en hopital)

De tels chiffres objectivent la sécurité qu'apporte l'hémostase indirecte par ballonnet:le risque d'hémorragie grave - écueil essentiel de l'opération de Freyer- semble pratiquement inexistant.

Cette sécurité est telle que l'on peut envisager l'institution précoce,dès le 2è-3è jour,au moindre symptôme suspect d'un traitement anticoagulant: car l'embolie mortelle toujours à redouter dans cette chirurgie,représente -dans notre statistique- la cause principale de mortalité: I5 cas,soit survenant dans 0,96% des cas. (L'embolie représente 27,7% des complications).

L'administration quasi systématique précoce d'anticoagulants (2 phényl indane dione I,3) depuis plus de deux ans a fait pratiquement disparaître l'embolie pulmonaire mortelle,tant à l'hopital qu'en clinique.

La méthode,au total,permet d'étendre à pratiquement tous les malades,quel que soit leur âge,l'indication opératoire,sans leur faire courir un risque démesuré:

- la mortalité n'excédant pas 3,48 %
- l'hémorragie per-opératoire ne dépassant guère 300 à 350 cm3
- le risque hémorragique post-opératoire n'excédant pas I%
- le risque d'hémorragie mortelle n'atteignant pas 0,4%.

On peut donc - comme Chapuis en I95I - considérer que l'adénomectomie réalisée selon la technique de Delinotte constitue l'une des méthodes les plus simples, les plus sures, les plus rapides.

VU,le Président de Thèse

Professeur A. SICARD

VU,le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

VU et PERMIS D'IMPRIMER

Le recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ABOULKER. P. et STEG: Les septicémies après interventions sur l'appareil urinaire -J. de Chirurgie,T79,n° 3,I960,26I-278

ABOULKER P. et DEROT: Les anuries après prostatectomie (La gazette médicale de France T.64, avril I957,773-774)

APPREMONT : Thèse Paris I962

BRICOU J. :L'adénomectomie prostatique selon la technique de Hrynstchak (à propos de I20 cas) Thèse Paris I955.

CHAPUIS Gilbert:Résultats de 200 cas de prostatectomie (type Freyer en un ou deux temps) avec utilisation de la sonde hémostatique ballon. Thèse Paris I95I.

CIBERT J. et PERRIN J. : L'urographie intra-veineuse,méthode d'exploration fonctionnelle du rein chez les prostatiques (J. D'urologie,T 48, P. 458)

CIBERT J. :Les grosses prostates adénomateuses (R. Praticien 2I avril I955)

COUVELAIRE R. :Précis de pathologie chirurgicale Tome VI

- L'adénectomie prostatique par voie coccy-périnéale droite (Journal d'Urologie I95I,p. 362)
- L'adénectomie prostatique rétro-pubienne (B.Baschet,ed I958)
- Comment découvrir l'adénome prostatique ? Les explorations nécessaires,les explorations dangereuses -Gazette Médicale de France 25 avril I957 -

COUVELAIRE R. :Quand opérer le porteur d'une maladie prostatique ? (Concours médical ,I5 février I958).

CUELLO-LORDUY O. :L'adénectomie,salut du prostatique-Thèse Paris I959

DELINOTTE P. : La prostatectomie transvésicale à ciel ouvert (Journal Belge d'Urologie ,oct. I958)

- Adénomectomie transvésicale avec fermeture immédiate de la vessie sur sonde-ballon (43è Congrès Français d'Urologie I949).
- Traitement médical et indications opératoires de l'adénome prostatique (Journal de medecine et de chirurgie pratique Janvier I957).
- Prévention de l'embolie pulmonaire et des accidents de la thrombose veineuse au cours des opérations prostatiques (Revue Médicale Française ,n° II,Décembre I96I).

DELINOTTE P et CHAPUIS G : 200 cas de Freyer-Ballon (Journal d'urologie, T 58 ,n° I-2, I952, p. I à I5 .)

DETRIE P. :Comment opère-t-on l'adénome prostatique ?Presse médicale 7 mai I955 - 63 - n° 33 , 686-687.

ENGEL P. : Le traitement du prostatique - MUnch. med. Wschr., 6 septembre I957, n° 36 , I298-I300.

FABRE P.: Adénome Prostatique / Adénomectomie) Encyclopédie Médico-Chirurgicale - (Reins et Organes Genito-Urinaires I8 555 AI0,A20,A30

FEY B. DOSSOT,et QUENU L :Traité de Technique chirurgicale T. VIII

FLOUQUET H : Utilisation de la sonde-ballon- Thèse Paris I950

FRESNAIS J : A propos de l'adénectomie transvésicale- J. d'Urologie oct.-nov I959 ,65, n° IO-II,8I5-8I6.

GRILLET L.A.:La place de la mèche au cours de l'adénomectomie prostatique (Thèse Paris I96I).

GOURY- LAFFONT M. et AUVERT J.:L'insuffisance rénale révélant ou compliquant l'adénome prostatique - Gaz. méd. de France 25 avril I957, 64 ,n° 8 ,743-747.

HARRIS SH.:Prostatectomie avec fermeture:5 ans d'expérience (Brit. J. of surg. Bristol I934).

- Prostatectomie avec fermeture (the Australian and New-Zeeland J. of Surgery . Janvier I935)

HRYNSTCHAK T.: A propos de la fermeture immédiate de la vessie après prostatectomie sus-pubienne selon le technique de Harris - J. d'Urologie I939 ;p. 398.

LEBRUN M.:La prostatectomie simplifiée - J. d'Urologie I948,p. 30.

LAFRANCE: Communication au 42è congrès Français d'Urologie I948: Prostatectomie avec fermeture en bourse du col vésical sur une sonde uréthrale.

MARION H.: La fermeture immédiate de la vessie après les interventions transvésicales - 43è congrès Français d'Urologie. I949.

MALUF N.S.R.: Prostato-adénomectomie transvésicale avec fermeture primaire de la vessie (AMer. J.Surg. fév.56,9I,n°2,I84-I97

MICHON L.:A propos de la prostatectomie:soins pré et post opératoires (J. de méd. et de Chir. pratique- Mai I953.

- La prostatectomie rétro-pubienne (M.A.C. I948,p. 355)

MILLIN T.: La prostatectomie rétro-pubienne (J. Belge d'Urologie T I4,n°6 - J. d'Urologie I946-47 ,n° 33 ,p. 282.

NEDELEC M.:Comment opérer un adénome prostatique ? - Gazette méd. de France, 25 avril I957 ,64 ,n° 8 , 763-77I.

PUIGVERT A.: L'adénectomie transvésicale hémostatique (Journal d'Urologie déc.,I958, 64,n° I2 ,725-726.

ROMETTI A.: Adénomectomie transvésicale en un temps avec sonde - ballon;essai de fermeture secondaire de la vessie- J. d'Urologie,oct-nov I957 ,63 ,n°I0-II ,786-789.

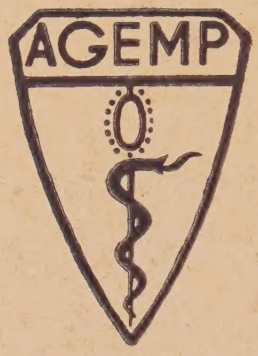
- Colloque sur l'adénectomie en un temps -J. d'Urologie, 6 mars I955, 6I ,n° 6 ,445-446.

ROMETTI A et SENNI :L'adénome prostatique à travers les ages - Concours médical, 8 avril I96I,p. I993-2000.

TRAUTMANN P. et DUTTER E.: Hémorragies par incoagulabilité sanguine après adénomectomie prostatique -Strasbourg Médical, Juin I957, 8 , n° 6 ,504-507.

TRUC E.: Le traitement de l'adénome prostatique depuis Hippocrate- Montpellier Médical - sep-oct. I958, 54 , n°2 , I55-I64.

VANDECASTEELE J. et ROUVILLOIS C.:Limites et inconvénients des antibiotiques en chirurgie (Rapport au LXIIIè congrès de l'Association Française de Chirurgie).



AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90